

☐ 1º Pedido ☐ Revisão do Pedido

Dados do beneficiário (pessoa dependente)

1

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

ano mês dia

N.º de Identificação Fiscal

Telemóvel ou telefone

E-mail

O pedido é feito como:

☐ Requerente de pensão

☐ Pensionista de:

Indique uma das seguintes situações: Pensão de Invalidez, Velhice ou Sobrevivência, Pensão Social de Velhice, Pensão de Orfandade ou Viuvez

☐ Titular de Prestação Social para a Inclusão

☐ Beneficiário não pensionista portador de qualquer uma das doenças indicadas no quadro 8

Dados do requerente¹

(Preencher no caso do pedido não ser apresentado pelo beneficiário)

2

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

ano mês dia

N.º de Identificação Fiscal

Morada

Localidade

Código Postal

Telemóvel ou telefone

E-mail

¹ Familiares, outras pessoas ou instituições que prestam ou estejam disponíveis para prestar a assistência.

Dados da assistência prestada

3

3.1. Tipo de assistência

☐ Realização de serviços domésticos ☐ Apoio à locomoção ☐ Apoio nos cuidados de higiene pessoal

☐ Apoio na alimentação ☐ Em lar subsidiado ☐ Outra

3.2. Situação da pessoa dependente

☐ Acamado/a ☐ Outra

3

Dados da assistência prestada (continuação)

3.3. Modalidade da assistência

 Pessoa/instituição que presta a assistência

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de início da prestação da assistência

Morada

Localidade

Código Postal

Telemóvel ou telefone

E-mail

 Pessoa/instituição que presta a assistência

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de início da prestação da assistência

Morada

Localidade

Código Postal

Telemóvel ou telefone

E-mail

4

Outros elementos relativos à pessoa dependente

Exerce profissão/atividade remunerada por conta própria ou por conta de outrem? ☐ Sim ☐ Não

Exerceu profissão/atividade remunerada por conta própria ou por conta de outrem no estrangeiro? ☐ Sim ☐ Não

Se respondeu Sim, preencha o quadro seguinte:

País/es onde exerceu atividade	Período/s (ano-mês-dia)	N.º de Seguro ou Matrícula
	de - - a - -	
	de - - a - -	
	de - - a - -	

Recebe pensões e/ou prestações por dependência de outro/s organismo/s, nacional ou estrangeiro? ☐ Sim ☐ Não

Se respondeu Sim, indique:

Valor mensal

Entidade/s pagadora/s

€

€

€

A situação de dependência foi provocada por ato da responsabilidade de terceiro? ☐ Sim ☐ Não

Se respondeu Sim, deve entregar junto com este requerimento a Declaração de Situação de Incapacidade Provocada por Intervenção de Terceiros - RP 5074, devidamente preenchida.

5

A preencher no caso de revisão do grau de dependência

Fundamentos que justificam o pedido:

6

Declarações do beneficiário/requerente

Tenho conhecimento que as falsas declarações são punidas nos termos da lei.

Declaro que a informação que prestei é completa e verdadeira.

Data

--

ano

mês

dia

Assinatura

Assinatura do beneficiário/requerente ou de outra pessoa a seu rogo (assinatura de outra pessoa quando o requerente não pode ou não sabe assinar) conforme documento de identificação válido.

7

Declarações da pessoa que presta a assistência

Tenho conhecimento que as falsas declarações são punidas nos termos da lei.

Declaro que a informação que prestei é completa e verdadeira.

Data

--

ano

mês

dia

Assinatura

Assinatura da pessoa que presta a assistência ou de outra pessoa a seu rogo (assinatura de outra pessoa quando o requerente não pode ou não sabe assinar) conforme documento de identificação válido.

8

Informações



Documentos a apresentar

- ▶ Documento de identificação válido (Cartão de Cidadão, Bilhete de Identidade, Passaporte ou Título de Residência) da pessoa dependente, do requerente e da/s pessoa/s que presta/m a assistência.
- ▶ Documento de identificação válido (Cartão de Identificação de Pessoa Coletiva) da instituição que presta a assistência.



Conta bancária

O pagamento de todas as prestações/subsídios ou pensões que recebe ou que venha a receber será efetuado para o IBAN (Número Internacional de Conta Bancária) registado no sistema de informação da Segurança Social.

Se ainda não registou o IBAN ou se o pretender atualizar poderá fazê-lo:

- ▶ Na Segurança Social Direta em www.seg-social.pt.
- ▶ Nos Serviços de Atendimento da Segurança Social entregando o Requerimento de Registo ou Alteração do IBAN - MG 14.

Se o IBAN registado estiver incorreto ou se não tiver IBAN registado, o pagamento de todas as prestações/subsídios ou pensões que recebe ou que venha a receber será efetuado para a modalidade de pagamento que estiver registada no sistema de informação da Segurança Social.



Formulários

Os formulários estão disponíveis na Segurança Social Direta em www.seg-social.pt e nos Serviços de Atendimento.

 Local de entrega

O requerimento e os documentos obrigatórios que o acompanham devem ser enviados pela Segurança Social Direta em www.seg-social.pt ou por correio para um Serviço da Segurança Social.

 Notas**8.1. Quem tem direito ao Complemento por Dependência**

- ▶ Pensionista ou requerente de Pensão de Invalidez, de Velhice ou de Sobrevivência, Pensão Social de Velhice ou de Sobrevivência, Pensão de Orfandade ou de Viuvez.
- ▶ Beneficiário não pensionista, portador de uma das seguintes doenças: Paramiloidose Familiar, doença Machado-Joseph, Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), Esclerose Múltipla, Foro Oncológico, Esclerose Lateral Amiotrófica, Parkinson, Alzheimer, doenças raras ou outras.
- ▶ Titular de Prestação Social para a Inclusão.

8.2. Quem pode prestar assistência

- ▶ Uma ou várias pessoas em conjugação, desde que não se encontrem carecidas de autonomia, incluindo familiares da pessoa dependente.
- ▶ Instituições no âmbito de apoio domiciliário ou outras, nomeadamente os serviços de telealarme.
- ▶ Estabelecimentos de apoio social oficial ou particular com ou sem fins lucrativos.



Se for convocado/a para realizar exame médico de avaliação da situação de dependência, deve apresentar, no dia do exame, a Informação Médica - SVI 7 devidamente preenchida.

Proteção de dados

Os dados pessoais recolhidos serão objeto de tratamento pelos serviços da Segurança Social (Instituto da Segurança Social, I.P., Instituto da Segurança Social dos Açores, I.P.R.A. e Instituto de Segurança Social da Madeira, I.P.-RAM) e serão conservados pelo prazo necessário para cumprir a finalidade a que se destinam.

Os serviços da Segurança Social comprometem-se a proteger os seus dados pessoais e a cumprir as suas obrigações no âmbito da proteção de dados.

Para mais informações sobre a proteção de dados consulte a Segurança Social Direta em www.seg-social.pt.

A preencher pela Segurança Social

Confirmo que as assinaturas dos/as ☐ **Requerente/s** ☐ **Pessoa/s que assinou/assinaram a rogo** está em conformidade com o seguinte documento de identificação:

Beneficiário/Requerente

☐ Cartão de Cidadão ☐ Bilhete de Identidade ☐ Passaporte ☐ Outro

Número

Validade

 - -
ano mês dia**Assinatura e carimbo****Pessoa que presta a assistência**

☐ Cartão de Cidadão ☐ Bilhete de Identidade ☐ Passaporte ☐ Outro

Número

Validade

 - -
ano mês dia**Assinatura e carimbo**